



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Atenção Primária**

**ANEXO V
DECLARAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE NECESSIDADES ESPECIAIS – PNE**

Eu, _____, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas – CPF, sob o número _____, residente e domiciliado(a) à rua _____, nº _____, Bairro _____, Município _____, **DECLARO** junto à Comissão do Processo Seletivo Simplificado, que sou pessoa com deficiência do tipo (Descrição Sumária da Deficiência e nº do CID).

_____, _____ de _____ de 2023.

Declarante

Espaço Reservado para a **Comissão do Processo Seletivo Simplificado**

Decisão e Fundamentação:

DEFERIDO
 INDEFERIDO

_____, _____ de _____ de 2023.

Presidente da Comissão